

หนังสือยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีน COVID-19

หมายเหตุ: โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้ โดยใส่ข้อความลงในช่องว่างด้วยปากกาสีดำหรือสีน้ำเงิน และใส่เครื่องหมาย "✓" ลงในช่องอย่างเหมาะสม และ *ลบตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ฉีดวัคซีน (ตามที่ปรากฏในเอกสารแสดงตัวตน)

ชื่อ: _____
 (ภาษาอังกฤษ) (นามสกุล) (ชื่อ)

ชื่อ: _____
 (ภาษาจีน) (นามสกุล) (ชื่อ)

วันเกิด: _____/_____/_____ (ว/ด/ป) เพศ: _____

เบอร์โทรติดต่อ: _____ (โทรศัพท์มือถือ)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนฮ่องกง: _____
 ()
 สัญญาลักษณะ HKIC: A C R U

วันที่ออก: _____/_____/_____ (ว/ด/ป)

หรือ เอกสารประจำตัวอื่นๆ:
 ประเภทเอกสาร: _____
 หมายเลขเอกสาร: _____

ส่วนที่ 2: การยินยอมให้ฉีดวัคซีน COVID-19

ข้าพเจ้ายินยอม (a) การฉีดวัคซีน COVID-19 ให้กับข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า * ภายใต้โครงการฉีดวัคซีน COVID-19 (ดูรายละเอียดของการฉีดวัคซีนในส่วนที่ 3); และ (b) การเข้าถึงและการใช้งานข้อมูลการรักษาของข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า * โดยกรมอนามัยและองค์กรที่เกี่ยวข้องร่วมมือกับรัฐบาล (เช่น มหาวิทยาลัยฮ่องกง) ซึ่งจัดเก็บโดยองค์การโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เพื่อติดตามตรวจสอบความปลอดภัยและเหตุการณ์จากการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 ของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่องตราบเท่าที่การเข้าถึงและการใช้งานดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับวัตถุประสงค์ดังกล่าว

หมายเหตุ: ต้องมีหนังสือยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีนแต่ละครั้งทั้งสองเข็ม

ส่วนที่ 3: รายละเอียดของการฉีดวัคซีน COVID-19

ชนิดและลำดับของการฉีดวัคซีน COVID-19# (กรอกโดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพ) (ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่องว่างตามความเหมาะสม)

<input type="checkbox"/> วัคซีน mRNA (Fosun Pharma/German ผู้ผลิตยา BioNTech)	<input type="checkbox"/> วัคซีนไวรัสเชื้อตาย (Sinovac Biotech (Hong Kong) Limited)	<input type="checkbox"/> วัคซีนไวรัสเวกเตอร์ (AstraZeneca/University of Oxford)
<input type="checkbox"/> เข็มที่หนึ่ง	<input type="checkbox"/> เข็มที่สอง	

หมวดหมู่การฉีดวัคซีน: _____

ส่วนที่ 4 หนังสือยินยอมและลายเซ็นยอมรับ

สำหรับผู้ฉีดวัคซีนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อมูลในเอกสารข้อเท็จจริงการฉีดวัคซีน COVID-19 โดยเฉพาะในส่วนที่ 3 รายละเอียดของการฉีดวัคซีนใน รวมถึงข้อห้าม (และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น) ของการฉีดวัคซีน COVID-19 ซึ่งเป็นวัคซีนที่ได้รับอนุญาตภายใต้กฎการป้องกันและควบคุมโรค (การใช้วัคซีน) (Cap. 599K) เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะแต่ยังไม่ได้รับการจดทะเบียนภายใต้กฎหมายยาและสารพิษ (Cap. 138) และ [ตกลง] ที่จะฉีดวัคซีน COVID-19 ที่ระบุในส่วนที่ 3 ข้าพเจ้าได้มีโอกาสถามคำถามและทุกคำถามของข้าพเจ้าได้รับคำตอบจนพอใจแล้ว ข้าพเจ้ายังเข้าใจถึงภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของข้าพเจ้าอย่างครบถ้วนภายใต้หนังสือยินยอมนี้และคำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายืนยันว่าการลงนามด้านล่าง แสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้ (a) การฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 ภายใต้โครงการวัคซีน COVID-19 (ดูรายละเอียดของวัคซีนในส่วนที่ 3) และ (b) การเข้าถึงและการใช้งานของข้อมูลการรักษาของข้าพเจ้าโดยกรมอนามัยและองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยร่วมมือกับรัฐบาล (เช่น มหาวิทยาลัยฮ่องกง) ซึ่งจัดเก็บโดยองค์กรโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชนที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อวัตถุประสงค์ในการติดตามความปลอดภัยและเหตุการณ์จากการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 ของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่องตรงเท่าที่การเข้าถึงและการใช้งานดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลที่มอบให้ในหนังสือยินยอมนี้ถูกต้อง

ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในหนังสือยินยอมนี้เพื่อการใช้งานโดยรัฐบาลเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ใน "คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล" ข้าพเจ้าเข้าใจว่ารัฐบาลอาจติดต่อข้าพเจ้าเพื่อตรวจสอบข้อมูลและการจัดการของการฉีดวัคซีน

สำหรับผู้ถือบัตรประจำตัวสมาร์ท: ข้าพเจ้าตกลงที่จะอนุญาตให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ/เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลอ่านข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า [เข้าถึงข้อมูลหมายเลขบัตรประจำตัวของฮ่องกง ชื่อ (ภาษาอังกฤษและภาษาจีน) วันเกิดและวันที่ออกบัตรประจำตัวของฮ่องกง] ซึ่งบันทึกไว้ในชิปที่รวมไว้ในบัตรประจำตัวสมาร์ทของข้าพเจ้า เพื่อการใช้งานโดยรัฐบาลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน "คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล"

หนังสือยินยอมนี้อยู่ภายใต้และตีความตามกฎหมายของเขตปกครองพิเศษฮ่องกง และข้าพเจ้ายินยอมส่งให้ต่อเขตอำนาจศาลเฉพาะของศาลเขตปกครองพิเศษฮ่องกงโดยมีอาจเพิกถอนได้

ลายเซ็นผู้ฉีดวัคซีน (หรือลายนิ้วมือ หากไม่รู้หนังสือ#): _____

วันที่: _____

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อมูลในเอกสารข้อเท็จจริงการฉีดวัคซีน COVID-19 โดยเฉพาะในส่วนที่ 3 รายละเอียดของการฉีดวัคซีนใน รวมถึงข้อห้าม (และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น) ของการฉีดวัคซีน COVID-19 ซึ่งเป็นวัคซีนได้รับอนุญาตภายใต้กฎการป้องกันและควบคุมโรค (การใช้วัคซีน) (Cap. 599K) เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะแต่ยังไม่ได้รับการจดทะเบียนภายใต้กฎหมายและสารพิษ (Cap. 138) และ [ตกลง] ในนามตัวแทนของลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* ที่จะฉีดวัคซีน COVID-19 ที่ระบุในส่วนที่ 3 ข้าพเจ้าได้มีโอกาสถามคำถามและทุกคำถามของข้าพเจ้าได้รับคำตอบจนพอใจแล้ว ข้าพเจ้ายังเข้าใจถึงภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของข้าพเจ้าอย่างครบถ้วนภายใต้หนังสือยินยอมนี้และคำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมว่าการลงนามด้านล่าง แสดงว่าข้าพเจ้ายินยอมให้ (a) การฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 ให้กับลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* ภายใต้โครงการวัคซีน COVID-19 (ดูรายละเอียดของวัคซีนในส่วนที่ 3) และ (b) การเข้าถึงและการใช้งานของข้อมูลการรักษาของลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* โดยกรมอนามัยและองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยร่วมมือกับรัฐบาล (เช่น มหาวิทยาลัยฮ่องกง) ซึ่งจัดเก็บโดยองค์การโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชนที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อวัตถุประสงค์ในการติดตามความปลอดภัยและเหตุการณ์จากการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 ของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่องตรงเท่าที่การเข้าถึงและการใช้งานดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้าพเจ้ายินยอมว่าข้อมูลที่มอบให้ในหนังสือยินยอมนี้ถูกต้อง

ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* ในหนังสือยินยอมนี้เพื่อการใช้งานโดยรัฐบาลเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ใน "คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล" ข้าพเจ้าเข้าใจว่ารัฐบาลอาจติดต่อข้าพเจ้าเพื่อตรวจสอบข้อมูลและการจัดการของการฉีดวัคซีน

สำหรับผู้ถือบัตรประจำตัวสมาร์ท: ข้าพเจ้าตกลงที่จะอนุญาตให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ/เจ้าหน้าที่ของรัฐอ่านข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* [เข้าถึงข้อมูลหมายเลขบัตรประจำตัวของฮ่องกง ชื่อ (ภาษาอังกฤษและภาษาจีน) วันเกิดและวันที่ออกบัตรประจำตัวของฮ่องกง] ซึ่งบันทึกไว้ในชิปที่รวมไว้ในบัตรประจำตัวสมาร์ทของข้าพเจ้า / ลูกของข้าพเจ้า / บุคคลผู้อยู่ใต้การดูแลของข้าพเจ้า* เพื่อการใช้งานโดยรัฐบาลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน "คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการขอเก็บข้อมูลส่วนบุคคล"

หนังสือยินยอมนี้อยู่ภายใต้และตีความตามกฎหมายของเขตปกครองพิเศษฮ่องกง และข้าพเจ้ายินยอมส่งให้ต่อเขตอำนาจศาลเฉพาะของศาลเขตปกครองพิเศษฮ่องกงโดยมีอาจเพิกถอนได้

ลายเซ็นของบิดามารดา / ผู้ปกครอง *: _____

ชื่อของบิดามารดา / ผู้ปกครอง * (ภาษาอังกฤษ): _____

ความสัมพันธ์: _____

หมายเลข HKID ของบิดามารดา / ผู้ปกครอง*: _____

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ: _____

วันที่: _____

พยานควรทำสิ่งต่อไปนี้ให้ครบถ้วน หากผู้ฉีดวัคซีนไม่ได้ป่วยจิตเวช แต่เพียงไม่รู้หนังสือ

เอกสารนี้ได้ถูกอ่านและอธิบายให้ผู้ฉีดวัคซีนทราบต่อหน้าข้าพเจ้าแล้วและผู้ฉีดวัคซีนได้มีโอกาสซักถาม

ลายเซ็นของพยาน: _____

ชื่อของพยาน (ภาษาอังกฤษ): _____

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนฮ่องกง:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (X) (เฉพาะตัวอักษรและตัวเลขสามหลักแรกเท่านั้น)

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ: _____ วันที่: _____

To be completed by Healthcare Provider

eHS(S) Transaction No. ONE TRANSACTION NUMBER ONLY (if applicable)	T _____ - ____ - ____ - ____		
Vaccine log number		Date of Vaccination	
Place of Vaccination			
Name of Doctor			
Name of Vaccination Staff			

การแจ้งวัตถุประสงค์ของเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล
(เวอร์ชันแปล ใช้สำหรับการอ้างอิงเท่านั้น)

คุณให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ถ้าคุณไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอ คุณอาจไม่สามารถฉีดวัคซีนได้

วัตถุประสงค์ของเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลที่ให้ไว้จะถูกใช้โดยรัฐบาลสำหรับหนึ่งในวัตถุประสงค์ดังหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้:
 - (a) การตรวจสอบกับหน่วยงานของรัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสถานะการฉีดวัคซีน COVID-19
 - (b) แจ้งหน่วยงานของรัฐหรือกรมและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดเตรียมการฉีดวัคซีนและติดตามผลหลังการฉีดวัคซีน
 - (c) สำหรับการสร้าง การดำเนินการและการบำรุงรักษาบัญชี eHealth (เงินอุดหนุน) และการบริหารและตรวจสอบโครงการฉีดวัคซีน COVID-19 ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัด ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ที่มีข้อมูลที่กรมตรวจคนเข้าเมืองเก็บไว้
 - (d) การโอนข้อมูลไปยังกรมอนามัยและองค์กรที่เกี่ยวข้องที่ร่วมมือกับรัฐบาล (เช่น มหาวิทยาลัยฮ่องกง) เพื่อติดตามความปลอดภัยและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 ภายใต้โครงการฉีดวัคซีน COVID-19 อย่างต่อเนื่อง
 - (e) การวิจัยและสถิติ และ
 - (f) วัตถุประสงค์ที่ขอด้วยกฎหมายอื่น ๆ ตามที่กฎหมายมีอำนาจหรืออนุญาต

ระดับการโอนข้อมูล

2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณให้ไว้จะถูกโอนไปยังรัฐบาลและรัฐบาลอาจเปิดเผยต่อตัวแทน องค์กรอื่น ๆ และบุคคลที่สามตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในวรรค 1 ข้างต้น หากจำเป็น

การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล

3. คุณมีสิทธิ์ที่จะขอเข้าถึงและแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลของคุณภายใต้มาตรา 18 และ 22 และหัวข้อที่ 6 ตารางที่ 1 ของกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (ความเป็นส่วนตัว) (Cap. 486) กรมอนามัยอาจกำหนดค่าธรรมเนียมสำหรับคำขอเข้าถึงข้อมูล

ข้อสอบถามต่าง ๆ

4. ข้อสอบถามที่เกี่ยวข้องข้อมูลส่วนบุคคล เช่น คำขอการเข้าถึงและการแก้ไข ควรส่งไปที่:
Executive Officer (Programme Management and Vaccination Division)
ที่อยู่: Centre for Health Protection, Block A, 2/F, 147C Argyle Street, Kowloon
หมายเลขโทรศัพท์: 2125 2045